



Consentimiento Informado Para
Apendicectomía Laparoscópica

Consentimiento Informado Para Apendicectomía Laparoscópica

Consentimiento Informado Para Apendicectomía Laparoscópica

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para **APENDICECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA.**

INFORMACION

Mediante este procedimiento se pretende evitar una incisión mayor. El dolor postoperatorio es más leve y la recuperación más rápida. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

La técnica consiste en el abordaje de los órganos mediante la introducción de trocares creando un espacio tras la introducción de aire. La intervención quirúrgica se realizara con instrumental especial, esto evita las aperturas habituales, aunque se realizan pequeñas incisiones a través de las cuales se introducen los instrumentos. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. Consiste en la extirpación del apéndice cecal enfermo. Entiendo que en casos en que técnicamente o por hallazgos intra operatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a realizar la incisión habitual. De igual modo en algunos casos se deberán dejar drenajes de material plástico para el drenaje de líquidos residuales.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.

- **Poco graves y frecuentes:** Extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas., infección o sangrado de herida quirúrgica, dolores referidos habitualmente al hombro, dolor prolongado en la zona de la operación.
- **Poco frecuentes y graves:** lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trocares, embolia gaseosa, neumotórax, trombosis en extremidades inferiores. Él médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) Pero pueden llegar a requerir una reintervención generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:

.....
Aunque puede ser realizable sin su preparación completa.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado que la alternativa al tratamiento es el abordaje mediante la incisión habitual. En mi caso, la mejor opción es la laparoscopia.



He **comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.
Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
APENDICECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).